

**Lastschriftverfahren** (LSV-elektronische Prämienzahlung über das Bankkonto)**LSV-IDENT.: KKM1W**

Zahlungsempfänger:	Agilia Krankenkasse, Verwaltung, Mühlering 5, Postfach 246, 6102 Malters
Kunde	_____
Adresse	_____
Prämienenerhebung	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit

Hiermit ermächtige ich meine Bank bis auf Widerruf die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Konto zu belasten:

Bank	_____
Konto-Nr.	_____ IBAN _____
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für meine Bank keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an meine Bank zurücksende.	
Ort / Datum	_____ Unterschrift _____

Von der Bank auszufüllen

abzuspeichernde Konto-Nummer	_____	BC-Nr.	_____
Visum	_____		

Debit-Direct (elektronische Prämienzahlung über das Postkonto)**DD-IDENT.: 106531**

Zahlungsempfänger:	Agilia Krankenkasse, Verwaltung, Mühlering 5, Postfach 246, 6102 Malters
Kunde	_____
Adresse	_____
Prämienenerhebung	<input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> zweimonatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsmöglichkeit

Hiermit ermächtige ich die Agilia Krankenkasse bis auf Widerruf die ihr von obigem Zahlungsempfänger vorgelegten Lastschriften meinem Postkonto zu belasten:

Postkonto-Nr.	_____
IBAN	_____
Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht für die Post keine Verpflichtung zur Belastung. Der belastete Betrag wird mir zurückvergütet, falls ich die Lastschrift innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet an die Post zurücksende.	
Ort / Datum	_____ Unterschrift _____